Nr 31. Kraków, 4. sierpnia 1917. Rok LVI.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolffa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 4. sierpnia 1917. Nr 31.


# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**


**Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell. w Krakowie. (Dyrektor Prof. Dr A. Rosner).**

## Haematometra cervicalis et corporalis nec non haematosalpinx unilateralis uteri bicornis cum cervice septa.

Podał

**Doc. Dr January Zubrzycki.**

Zboczenia rozwojowe, powstające podczas życia płodowego w narządach rodnych kobiety, wywołują z jednej strony zmiany w ich ukształtowaniu się anatomicznem i topograficznych stosunkach, z drugiej strony zaś powodują cały szereg zaburzeń w życiu płciowem, jak naprzykład: utrudnienie spółkowania, nieprawidłowości miesiączkowania, przeszkody w zastąpieniu i t. d. Pierwsze zaciekawiają anatoma i embryologa; drugiemi zaś z natury rzeczy zająć się musi lekarz chorób kobiecych, — do niego bowiem zwracają się kobiety, dotknięte temi dolegliwościami. Do najczęstszych wad rozwojowych narządów rodnych żeńskich zaliczyć należy wady rozwojowe pochwy i macicy. Jedną z takich wad miałem sposobność spostrzegać w klinice położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiell. Opis przypadku poniżej w krótkości podaję.

Dnia 10. I. 1913 zgłosiła się na klinikę chora, Z. H. l. 19, niezamężna. L. dz. 26. 1913. W wywiadach podaje, że pierwszą miesiączkę miała w piętnastym roku życia. Była ona bardzo skąpa i bolesna, a trwała przez pięć dni. Następne peryody, coraz boleśniejsze, przychodziły regularnie co cztery tygodnie. Choroba obecna miała się rozpocząć przed siedmiu tygodniami nagłym bólem w brzuchu i w krzyżach, wymiotami i czkawką. Objawy te po paru dniach ustąpiły. Chora skarży się obecnie na silne parcie na mocz, na zaburzenia w oddawaniu stolca i ból w dolnych częściach brzucha.

Przy badaniu w dniu przyjęcia na klinikę stwierdzono co następuje: Osoba dobrze odżywiona i dobrze zbudowana. W narządach wewnętrznych żadnych zmian wykazać nie można. Owłosienie kobiece zupełnie prawidłowe. Sutki dobrze rozwinięte. Srom dziewiczy prawidłowy, z podściółką tłuszczową prawidłowo rozmieszczoną, błona dziewicza utrzymana, gruba, mięsista, zamyka w formie pierścienia wejście do pochwy; w środku otwór, przez który zaledwo opuszka małego palca przecisnąć się zdoła. Przy badaniu przez odbytnicę stwierdzono: Pochwa długa. Trzon macicy nie powiększony, prawidłowej spoistości leży w elewacyi po stronie prawej. Ponad spojeniem guz wielkości dużej pomarańczy, sięga dnem bardzo nizko w głąb miednicy małej, wybadać go można od tyłu, boku lewego i przodu, przyczem stwierdza się bardzo wyraźne chełbotanie. Na guzie tym wyczuwa się czapkowato siedzącą wyniosłość wielkości brzoskwini, twardą, niepodatną, nie chełboczącą. Na lewo od obu tych guzów i to przeważnie ku górze znajdują się bliżej nie dające się określić opory i nierówności. Całość nieruchoma z macicą silnie spojona, tkwi jakby wmurowana w miednicę małą. Ani lewych, ani prawych przydatków wyczuć nie można.

Dnia 11. I. 1913 wykonano zabieg operacyjny. W uśpieniu chloroformowem poprowadzono cięcie w linii środkowej, od spojenia łonowego aż po pępek. Po otwarciu otrzewnej okazało się, że pętle jelit, pozrastane ze sobą i ze zgrubiałą siecią, przykrywają jakby dachem zawartość miednicy małej. Po rozdzieleniu tych zrostów uwidoczniła się dopiero prawidłowej wielkości macica przesunięta ku stronie prawej. Prawe jej przydatki rozwinięte prawidłowo, niezmienione; lewych przydatków brak. Natomiast po stronie lewej znajduje się guz, stwierdzony przy badaniu ginekologicznem, wyraźnie chełboczący, zrośnięty w dolnej części ściśle z macicą, leżącą po jego prawej stronie. Na guzie tym umieszczony jest trzon macicy lewostronnej, powiększony i twardy. Przydatki lewostronne, odchodzące od lewego rogu tej macicy, są ściśle posklejane i pozrastane z licznemi pętlami jelit. Po rozdzieleniu tych zrostów częściowo na ostro, częściowo zaś na tępo stwierdzono, że przydatki są znacznie zgrubiałe i silnie zrośnięte z otoczeniem w jamie Douglasa. Przy uwalnianiu ich pękł jajowód, przyczem wydobył się z niego płyn ciemny, mazisty. Opisany już powyżej guz leży wśród tkanki łącznej miednicy małej i schodzi bardzo nizko ku dołowi. Ścianę jego tworzą włókna mięsne, przechodzące bezpośrednio w warstwę mięsną tak prawo jak i lewostronnej macicy.

Z powodu zmienionych stosunków topograficznych zabieg sam sprawiał niemałe trudności techniczne. Pomimo to jednak opisany guz wraz z trzonem lewostronnej macicy i lewostronnymi przydatkami w całości usunięto, wyłuszczając go z otoczenia i odcinając od szyi prawostronnej macicy. Ranę w miednicy małej, po przywróceniu, o ile to tylko było możliwem, stosunków topograficznych prawidłowych, przykryto otrzewną i jamę brzuszną zaszyto. Chora opuściła klinikę wyleczona, po przebyciu poprzednio zupełnie prawidłowego, niebolesnego peryodu.

Usunięty guz przedstawiają zdjęcia fotograficzne (Fig. 1 i 2).

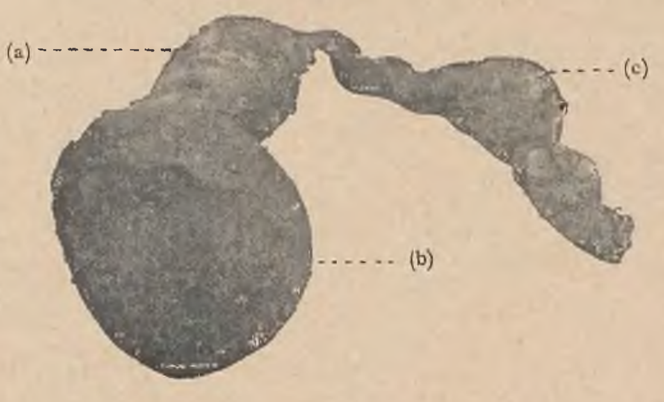



Fig. 1.

Na rysunku pierwszym (Fig. 1) przedstawiony jest w całości guz usunięty operacyjnie. Trzon macicy (a) przechodzi w dolnej części w guz (b) wielkości dużej pomarańczy, bardzo wyraźnie chełboczący. Ściana tego guza (b) utworzona jest z włókien mięsnych, przechodzących bezpośrednio w trzon. Guz ten nie jest więc niczem innem, jak tylko rozdętą szyją macicy lewostronnej. Z lewego rogu jej trzonu odchodzą, jak to wyraźnie widać na fotografii, lewostronne chorobowo zmienione przydatki (c).

Po utrwaleniu w formalinie preparat przecięto podłużnie. Przekrój ten przedstawia fotografia druga (Fig. 2).

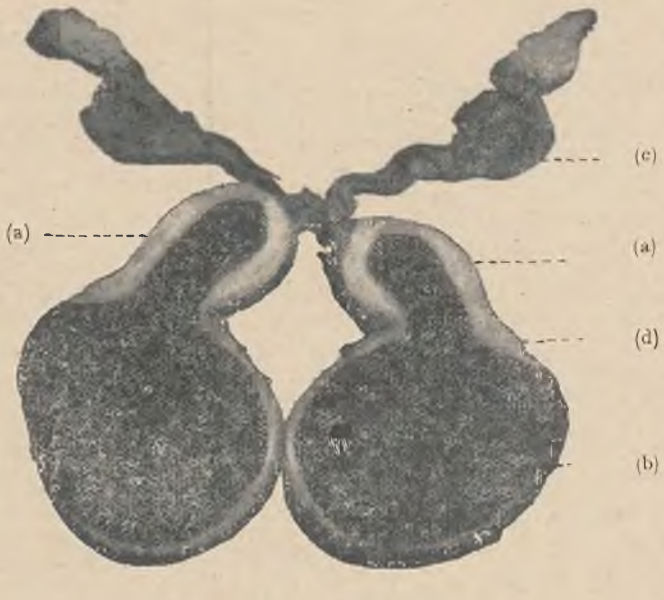



Fig. 2.

Gruba ściana trzonu (a) przechodzi bezpośrednio w wyraźnie cieńszą ścianę szyjki (b). Tak wnętrze trzonu macicy, jak i wnętrze nadmiernie rozdętej szyjki wypełnione są nagromadzoną z biegiem czasu krwią miesiączkową, która jak to na przekroju widać, znajduje się także i w rozszerzonym przewodzie jajowodu (c). Granica pomiędzy trzonem macicy, a jej szyjką jest bardzo ostra (d) i wpada w oczy głównie przez kontrast grubości ich ścian.

Badając histologicznie szereg kawałków, wyciętych ze ściany jajowodu z różnych miejsc trzonu i szyjki macicy, stwierdziłem, że nabłonek wyścielający je, w znacznej części preparatów był zupełnie prawidłowy i nie przedstawiał żadnych zmian, których powodem mógłby być ewentualnie silny ucisk, wywołany przez nagromadzoną w znacznej ilości krew. W nielicznych zaledwo miejscach zauważyłem, że był on nieco niższy, jakby przypłaszczony.

Zrozumienie opisanego przezemnie przypadku, przedstawiającego wrodzoną, rozwojową wadę macicy wraz z jej następstwami nie natrafia na większe trudności. Szczegółowe opisywanie mechanizmu powstawania tej wady zaprowadziłoby nas zadaleko. Wspomnę więc tylko pokrótce, że skutkiem nieprawidłowego rozwoju przewodów Müllera, stanowiących w pewnym okresie życia zarodkowego zawiązek pewnej części przyszłych narządów płciowych, wytworzyła się w tym przypadku macica dwurożna (uterus bicornis) z dwudzielną szyją (cervix septa). Macica prawostronna była czynna zupełnie prawidłowo, w macicy zaś lewostronnej wskutek zamknięcia ujścia zewnętrznego szyjki zaczęła się, z chwilą dojścia do dojrzałości płciowej, gromadzić krew miesiączkowa, wiodąc z czasem do wytworzenia się tak zwanej »haematometra et haematosalpinx unilateralis«. Cierpieniu temu towarzyszyły dolegliwości podmiotowe, jak bóle podczas miesiączkowania, zwiększające się z każdym nowym peryodem, objawy ze strony pęcherza moczowego i odbytnicy, wywołane wytwarzaniem się opisanego powyżej guza w miednicy małej. Dalszem następstwem tych zmian było ograniczone zapalenie otrzewnej okołomacicznej, które doprowadziło do licznych zrostów jelit i sieci z otoczeniem.

Omawiając choćby tylko pobieżnie wady rozwojowe narządów rodnych kobiety, trudno nie wspomnieć o tem, że najwięcej ich odmian spotykamy właśnie w obrębie macicy i pochwy, a to prawdopodobnie dla tego, że nieprawidłowości w kształtowaniu się zarówno jednej, jak i drugiej, z nieznanych nam bliżej przyczyn w każdym okresie ich rozwoju wystąpić mogą. W życiu pozamacicznem mają zboczenia rozwojowe nietylko pod względem teoretycznym ale i praktycznym bardzo ważne znaczenie. Wywołują one bowiem nierzadko, jak to na początku wspomniałem, zaburzenia w życiu płciowem kobiety, a nawet mogą wśród pewnych warunków spowodować powikłania, zagrażające jej życiu. Zależnie od rodzaju wady rozwojowej, od objawów, jakie ona wywołuje, jak niemniej od przebiegu klinicznego całej sprawy chorobowej, musimy nasze postępowanie lecznicze bardzo indywidualizować. Przewodnią jednak jego myślą i celem powinna być zawsze dążność do przywrócenia stosunków o ile możności najbardziej zbliżonych do prawidłowych stosunków anatomicznych. Nie zawsze jednak da się to uskutecznić i w takich razach należy dotkniętej cierpieniem stworzyć przynajmniej warunki, umożliwiające jej życie płciowe. Nawiązując do spostrzeganego przezemnie przypadku wspomnę w kilku słowach o sposobie leczenia następstw wynikłych z powodu wytworzenia się podwójnych lub przynajmniej częściowo podwójnych narządów rodnych kobiecych, powikłanych niedrożnością szyjki macicy lub górnego odcinka pochwy.

Głównym skutkiem tych wad rozwojowych jest nagromadzenie się krwi miesiączkowej w macicy, a później i w jajowodach (haematometra et haematosalpinx). Zrozumieć łatwo, że w przypadkach takiej niedrożności kanału rodnego, połączonej z podwójnem wytworzeniem się, choćby tylko częściowem pewnych odcinków wewnętrznych narządów rodnych kobiety, jedynie tylko zabiegiem operacyjnym możemy chorej przynieść ulgę. Nie wdając się tu w szczegółowy opis techniki i metod operacyjnych, któremi w tych razach posługiwać się możemy, zaznaczę tylko, że zabieg wykonany być może bądź to od strony pochwy, bądź też od strony jamy brzusznej. Wybór metody operacyjnej musimy uzależnić od całego szeregu najrozmaitszych czynników. Głównem zadaniem zabiegu, wykonanego od strony pochwy, jest otwarcie niedrożnego ujścia zewnętrznego, usunięcie nagromadzonej w macicy krwi miesiączkowej i stworzenie dla niej stałego odpływu na później (hysterotomia). Zabieg ten wskazany na ogół jest wówczas, jeżeli przypadek sam przez się nie przedstawia zbytnich powikłań, jeżeli jeszcze nie doszło do nagromadzenia się nadmiernej ilości krwi w macicy, a przedewszystkiem w jajowodach, lub też, jeżeli usunięcie chorobowo zmienionej macicy jest przeciwwskazanem n. p. gdy nagromadzenie się krwi nastąpiło właśnie w macicy zdolnej do fizyologicznej swej czynności. We wszystkich bardziej skomplikowanych i powikłanych przypadkach pierwszeństwo oddać należy operacyi od strony powłok brzusznych. Tylko bowiem laparatomia umożliwia dokładne obejrzenie pola operacyjnego i patologicznie rozwiniętych narządów rodnych, jak niemniej ułatwia zoryentowanie się w zawiłych stosunkach anatomicznych, z jakimi w tych razach prawie zawsze się spotykamy. Zmienione bowiem warunki topograficzne przy nieprawidłowym rozwoju części rodnych kobiecych utrudniają w wysokim stopniu zabieg drogą pochwową, a nawet niejednokrotnie mogą go uczynić zupełnie niemożliwym, co nierzadko zdarza się w przypadkach podwójnie lub częściowo podwójnie rozwiniętych narządów rodnych. Rękoczyn, którym wówczas najczęściej się posługujemy, polega na usunięciu jednostronnej macicy i jej przydatków, przy pozostawieniu zupełnie prawidłowo czynnej macicy drugostronnej wraz z prawidłowym jajowodem i jajnikiem (hemiamputatio uteri [Sänger] Werth). Łatwo zrozumieć, że operacya ta, na którą często decydujemy się dopiero po obejrzeniu stosunków topograficznych w miednicy małej, drogą pochwową jest prawie nie wykonalna, od strony zaś jamy brzusznej wykonać się daje bez większych trudności. Stosujemy ją naogół w tych przypadkach, w których pozostawiona w jamie brzusznej macica drugostronna posiada warunki potrzebne do prawidłowej czynności fizyologicznej. Niemniej jednak zdarzyć się może, że po usunięciu nieprawidłowej i zbytecznej części narządów rodnych, pozostawiona część zdrowa fizyologicznej czynności w pełnem znaczeniu tego słowa (ciąża, poród) nie mogłaby wykonywać. W tych razach zmuszeni jesteśmy, z łatwo zrozumiałych względów wykonać zabieg dodatkowy, zapobiegający na przyszłość ewentualnym, groźnym powikłaniom, wynikłym skutkiem zajścia w ciążę. Mam tu na myśli rękoczyn, znany pod nazwą »sterilisatio tubaria«, który niejednokrotnie rozstrzyga o wyborze drogi operacyjnej. Głównym jednak i decydującym momentem o rodzaju zabiegu jest stwierdzenie lub choćby tylko przypuszczenie (ugruntowane na podstawie wywiadów, czy też badania ginekologicznego), że nietylko w jamie macicy, lecz także we wnętrzu jajowodu doszło już do nagromadzenia się krwi miesiączkowej (haematosalpinx). Powikłanie to nie należy do zbyt rzadkich i stanowi bezwzględne wskazanie do wykonania zabiegu od strony jamy brzusznej. Skłania nas do tego głównie spostrzeżenie Rosego, który pierwszy zwrócił uwagę na samoistnie występujące, groźne w swoich następstwach pęknięcia ścian jajowodu w takich przypadkach. Uwzględniając tę możliwość i chcąc uchronić chorą przed niebezpieczeństwami, wynikłemi z tego powikłania (krwotok, zapalenie otrzewnej), wszyscy operatorowie i klinicyści godzą się jednomyślnie na konieczność usunięcia jajowodu, zawierającego krew miesiączkową w znaczniejszej ilości. Dostęp zaś do jajowodu ze względu na zmienione stosunki topograficzne i anatomicznie łatwiejszy jest w takich razach od strony

jamy brzusznej i wogóle sam zabieg, wykonany drogą laparotomii, nie przedstawia tyle trudności technicznych, jest bezpieczniejszy i trwa bezwarunkowo krócej aniżeli ten sam zabieg wśród tych samych ciężkich warunków, wykonany drogą pochwową.

Z powyższego łatwo zrozumieć, dlaczego w naszym przypadku operowaliśmy przez powłoki brzuszne, jak niemniej, jaki i dlaczego zabieg wykonano. Trudności wynikłe podczas samego rękoczynu skutkiem licznych zrostów otrzewnowych, zmienionych stosunków topograficznych, jak niemniej i położenia rozdętej przez nagromadzenie się krwi macicy lewostronnej, byłyby przy zabiegu od strony pochwy przeszkodami nie do usunięcia. Przypuszczenie zaś, że istnieje nagromadzenie się krwi w trąbce i że chora przebyła miejscowe zapalenie otrzewnej, uprawniało aż nadto do obrania tej właśnie metody operacyjnej.

Powyższe wywody, zastosowane w praktyce, znalazły poparcie w pomyślnym wyniku samego zabiegu, przy pomocy którego uwolniliśmy chorą od całego szeregu dolegliwości, nie pozbawiając jej równocześnie warunków do zupełnie prawidłowego życia płciowego.

---

**Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych (V) Krajowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.**

## Reinfectio syphilitica.

Podał

**Dr Franciszek Walter.**

(Ciąg dalszy).

Z ogólnej liczby 43% odpowiadałoby żądanym warunkom. Uderzającym jest w statystyce większy odsetek powtórnego zakażenia w przypadkach leczonych samym salwarsanem. Nasuwałoby to wątpliwości, czy nie są to przypadki rzekomo pierwotnych zmian albo zmian drugorzędnych, podobnych do zmian pierwotnych.

Pierwszy podniósł tę wątpliwość Frieboes; przypadki jego należą do zmian drugorzędnych. Podobne przypadki ogłasza Müller, gdzie zmiana podobna do pierwotnej usadowiła się tuż obok blizny po pierwszej zmianie pierwotnej; wynik badania co do krętków bladych był dodatni, odczyn Wassermanna ujemny, a odczyn luetynowy dodatni; możliwość natomiast drugiego zakażenia była wyłączoną. Również przypadki Ravout, jak i Gauchera, Veressa, Oppenheima, zaliczyć należy do zmian drugorzędnych. Tak więc wiele tych rzekomych powtórnych zmian pierwotnych, ogłaszanych za pewne, uważać należy za nieprawdziwe, a scharakteryzować je musimy, jako zmiany rzekomo pierwotne (Hoffmann), które przyjąć należy za wykwit drugorzędny, podrażniony wpływami zewnętrznemi i przybierający dlatego postać, podobną do zmiany pierwotnej; dalej mogą to być również zmiany drugorzędne odosobnione (Solitärsekundäraffekt Thalmann). Przez zastosowanie energicznego leczenia jad kiłowy został tu prawdopodobnie zupełnie zniszczony z wyjątkiem jednego miejsca, w którem krętki blade utrzymywały się; te ogniska rozwijają się następowo, jak gdyby jad w to miejsce na nowo wtargnął, tworzy się podejrzana zmiana; nawet może dojść do zajęcia i powiększenia sąsiadujących gruczołów limfatycznych, a nawet do wysypki. I to stanowi trudność rozróżnienia od prawdziwej reinfekcyi; kierować się można jedynie siedzibą nowej zmiany, możliwością zakażenia (coitus impurus), czasem wylęganie, okresem czasu wolnym od jakichkolwiek objawów między pierwszem a drugiem zakażeniem. W każdym razie nawet takie przypadki przemawiałyby na korzyść dzisiejszego leczenia, po którem następowałoby wyjałowienie ustroju z krętków bladych aż do jednego tylko ogniska.

W podobny sposób zapatruje się na sprawę reinfekcyi także i Müller[1]). Sądzi on, że w przypadkach, podejrzanych o powtórne zakażenie kiłowe, zachodzić mogą 3 ewentualności:

1) Reerosio: rozpad ponowny już pokrytej naskórkiem zmiany pierwotnej.

2) Papula chancriformis: wykwit drugorzędny, podobny klinicznie i bakteryologicznie do zmiany pierwotnej, występujący już nie w miejscu poprzedniej zmiany, nawet z następowem zajęciem poblizkich gruczołów limfatycznych.

3) Reinfectio sensu stricto: wystąpienie w pewien czas po pierwszem zakażeniu, przebytem bez śladu, zmian drugorzędnych w postaci świeżej wysypki w związku ze zmianą, klinicznie i bakteryologicznie podobną do zmiany pierwotnej.

Müller omawia w pierwszej swej pracy 26 przypadków, które zalicza do tych trzech grup. Wspólną dla tych przypadków cechą było występowanie wykwitu podobnego do zmiany pierwotnej, odczyn Wassermanna ujemny lub słabo dodatni, wzmagający się z rozwojem klinicznym zmiany podejrzanej, że jest pierwotną.

Bliższe jednak rozpatrzenie tych przypadków, nie wytrzymuje krytyki co do prawdziwej reinfekcyi. Przypadki, zaliczone do grupy »reerosio« nie były według naszych pojęć dostatecznie leczone; również okres czasu, dzielący oba zakażenia, bywał zbyt krótki. Powstawanie tych zmian przypisać należy pozostałym w pewnej ilości krętkom bladym, które po pewnym czasie znów poczęły się rozwijać.

Trudniej już wytłómaczyć przypadki, należące do grupy drugiej. Wykwit wtórny, podobny do zmiany pierwotnej, występuje zwykle w blizkiem sąsiedztwie pierwszej zmiany pierwotnej. Odczyn Wassermanna z początku ujemny, staje się coraz silniej dodatnim, wraz ze stopniowem powiększaniem się sąsiadujących z wykwitem gruczołów limfatycznych. Do obrazu zupełnej i prawdziwej reinfekcyi brakłoby tylko wysypki. Jednak dalsza obserwacya nie potwierdziła możliwości wystąpienia wczesnych zmian drugorzędnych; również okres wylęgania i dalszy przebieg kliniczny całego cierpienia był inny, jak przy prawdziwej zmianie pierwotnej. Leczenie zastosowane w tych przypadkach, podobne do leczenia w grupie pierwszej, było niewystarczające, a rozpoczynane bywało już w okresie choroby, gdy odczyn Wassermanna był dodatni. Czas, dzielący oba zakażenia wynosił mniej więcej rok. Należałoby więc uważać ten wykwit za szczególną zmianę nawrotową drugorzędną, a wystąpienie tej drugiej zmiany rzekomo pierwotnej w innem miejscu, niż pierwsza, tłómaczyłoby się usadowieniem jednak w zakresie dróg limfatycznych pierwszej zmiany, gdzie też krętki blade mogły znaleść przez czas pewien schronienie.

Nawet przypadków trzeciej grupy, gdzie do typowej zmiany przyłączyły się później objawy drugorzędne o charakterze zmian wczesnych, nie uważa Müller za przypadki koniecznie prawdziwej reinfekcyi, chociaż przeciąg czasu dzielący pierwsze i drugie zakażenie wynosił więcej, niż rok. Okoliczność, że w przypadkach grupy drugiej, mimo stopniowego powiększania się gruczołów limfatycznych, wzmagającego się odczynu Wassermanna, nie doszło do wystąpienia wczesnych zmian drugorzędnych, tłómaczy Müller tem, że przyczynę stanowią niedokładnie jeszcze znane warunki immunizacyjne, pozostałe po pierwszej zmianie. Gdzie jednak te zmiany odpornościowe ustąpiły, dołączyła się do tych rzekomo pierwotnych zmian i wysypka.

Na poparcie swych dowodów przytacza Müller przypadki Gennericha, który odpowiednio do zmian w nasileniu leczenia otrzymywał coraz mniejszy odsetek rzekomych reinfekcyi. Należy więc uważać te przypadki tylko za »sclerosis ex residuo«, gdzie dzięki wczesnemu i energicznemu leczeniu nastąpiło zniszczenie krętków bladych w ustroju, z wyjątkiem jednego ogniska, z którego dopiero następowo rozwijają się monorecydywy, podobne klinicznie i bakteryologicznie do zmian pierwotnych, z następstwem zwykłych objawów, towarzyszących prawdziwym pierwotnym zmianom. Również możnaby sobie wytłómaczyć i zachowanie się odczynu Wassermanna. Przypadki prawdziwych reinfekcyi możliwe są tylko wtenczas, gdy leczenie podjęto w bardzo wczesnych okresach, przy odczynie Wassermanna ujemnym, gdzie kiła była jeszcze sprawą miejscową bez rozsiania się jadu po ustroju, a nowa zmiana pierwotna nie jest usadowioną w zakresie dróg limfatycznych pierwszej zmiany.

Na podstawie dalszych nowo spostrzeganych przypadków, dochodzi Müller do przekonania, że leczenie nasze stosowane we wczesnych okresach kiły nie jest jeszcze zupełnie doskonałe, a leczenie poronne, podjęte w późniejszych okresach drugorzędnych, prawie zawsze da wyniki ujemne. Ani brak nawrotów, ani ujemny odczyn Wassermanna, ani badania płynu mózgowordzeniowego, nie mogą dowieść, że kiła zupełnie została wyleczona, gdyż nawrot serologiczny lub kliniczny choroby (monorecydywy) może się zjawić nawet po dłuższym okresie czasu.

---

[1]) Rudolf Müller: Über Sclerosenbildung bei mit Salwarsan behandelten Syphilitikern; Derm. Zeitschr. 1916. H. 7. — Reinfektionen und Residublsklerosen; Archiv. f. Derm. u. Syph. 1916. H. 4.

Przystępuję obecnie do omówienia 5 przypadków powtórnego zakażenia kiłowego, spostrzeganych przezemnie w ostatnich latach.

1) J. P. l. 29, urzędnik, zgłasza się 5. II. 1915 r. z owrzodzeniem na skórze prącia, trwającem od 6 tygodni.

Stan obecny: Chory dobrze zbudowany, wewnętrzne narządy bez zmian. Mocz wolny od białka i cukru. Narządy rodne; na grzbietnej stronie skóry prącia $1^1/_2$ cm od brzegu napletka zmiana pierwotna, wielkości 20 halerzówki, częściowo już od brzegów pokryta naskórkiem. Daje się wyczuć wybitna podkładka twarda. Co do krętków bladych badano kilkakrotnie z wynikiem ujemnym. Gruczoły pachwinowe, zwłaszcza po stronie prawej, powiększone, twarde, nie bolesne; w rowku mięśnia dwugłowego przedramienia i szyjne nie badalne. Skóra tułowia, klatki piersiowej, na dłoniach i stopach, błony śluzowe jamy ustnej i odbytnicy bez zmian.

Odczyn Wassermanna ++++.

Rozpoznanie: Sclerosis initialis in st. reparat. ad cutem penis. Scleradenitis inguinalis.

Leczenie: 7. II. I Inj. Hydrarg. salicyl. 0·075. — 8. II. Na tułowiu i bokach klatki piersiowej wysypka plamista, o charakterze wczesnej. — 10. II. II Inj. Hg. sal. 0·1. — 11. II. Wysypka utrzymuje się o żywszem zabarwieniu. Białkomoczu niema. — 14. II. III. Inj. Hg. sal. 0·1. Wysypka przybladła, gdzieniegdzie pojedyncze plamki. — 20. II. IV Inj. Hg. sal. 0·1. Zmiana pierwotna, pokryta w zupełności naskórkiem wysypka ustąpiła bez śladu. Gruczoły pachwinowe nieco mniejsze. Białkomoczu niema. — 22. II. Wstrzyknięcie śródżylne neosalvarsanu 0·45 w 10 $cm^3$ $H_2O$ wyjałowionej; bez odczynu; ciepłota najwyższa 37·1. — 25. II. V Inj. Hg. sal. 0·1. — 1. III. II wstrzyknięcie neosalvarsanu 0·6 w 10 $cm^3$ $H_2O$. Bez odczynu. — 3. III. VI Inj. Hg. sal. 0·1. — Białkomoczu niema. — 8. III. III wstrzyknięcie neosalvarsanu 0·6, jak poprzednio. — 9. III. VII Inj. Hg. sal. 0·1. — 14. III. VIII Inj. Hg. sal. 0·1. — 16. III. IV wstrzyknięcie neosalwarsanu 0·75, jak poprzednio. — 20. III. IX. Inj. ol. emer. Neisser 0·08. — 26. III. V wstrzyknięcie neosalwarsanu 0·75, bez odczynu. — 27. III. X Inj. ol. emer. 0·08. Odczyn Wassermanna ujemny. Gruczoły pachwinowe wyraźnie pomniejszone, utrzymują się jeszcze po stronie prawej. — 2. IV. XI Inj. Hg. sal. 0·1.

5. lipca 1915 r. chory zgłasza się celem zbadania. Dotychczas nie zauważył najmniejszych objawów. Badanie błon śluzowych, skóry, narządów rodnych nie wykrywa zmian. Gruczoły pachwinowe nie wyczuwalne. Odczyn Wassermanna ujemny. Z powodu obowiązków wojskowych musi chory wracać z powrotem.

4. VIII. 1916 r. Zgłasza się chory po raz trzeci. Podaje, że od kilku dni zauważył owrzodzenie na prąciu. Przed 3 tygodniami i 4 tygodniami podejrzane dwa stosunki.

Stan obecny: Mocz nie zawiera białka ani cukru. Na skórze i błonach śluzowych zmian niema żadnych. Gruczoły ogólnie nie powiększone. Na brzegu napletka po stronie prawej dolnej powierzchowny ubytek, o brzegach równych, dnie gładkiem, z nieznacznym wyczuwalnym naciekiem. Krętki blade +++. 6. VIII. Odczyn Wassermanna ujemny. Rozpoczęto 5. VIII. leczenie (neosalw. 0·6 i Hg. sal. 0·1). Po 2 wstrzyknięciach neosalwarsanu w ilości 1·2 cm i 3 wstrzyknięciach rtęciowych (Hg. salicyl. à 0·1) musiał chory powracać do obowiązków wojskowych. Zmiana po pierwszem wstrzyknięciu pokryta naskórkiem.

W półtora roku po stwierdzeniu zakażenia i rozpoczęciu leczenia we wczesnym drugorzędnym okresie zgłasza się chory ze zmianą, podobną klinicznie i bakteryologicznie do zmiany pierwotnej, bez zajęcia gruczołów sąsiadujących, z odczynem Wassermanna ujemnym. Okres czasu 18-miesięczny wolny był od nawrotów klinicznych i serologicznych.

Leczenie przeprowadzono energicznie, również podjęcie podejrzanego stosunku płciowego w czasie krytycznym przemawiałoby na korzyść reinfekcyi. Jedynie usadowienie się tej zmiany w obrębie dróg limfatycznych pierwszej zmiany pierwotnej przemawiałoby na korzyść »sclerosis ex residuo«. Wprawdzie również i czas, w którym podjęto leczenie, nie był korzystny dla podjęcia poronnego leczenia i część krętków bladych mogła pozostać w pewnem ognisku i następnie rozwinęła się monorecydywa, podobna do zmiany pierwotnej. Jednak 18-miesięczny okres, wolny od nawrotów, nie przemawiałby za możliwością tak długiego okresu utajenia krętków bladych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

# Oceny i sprawozdania.

Kunstmann: **Die Zukunft unser Kriegsverletzten.** Lipsk. Kürsten.

W cennej swej pracy zastanawia się autor nad przyszłością inwalidów po wojnie, omawiając opiekę społeczną nad ślepymi, głuchymi, niemymi, dalej zawodowe kształcenie uszkodzonych, kwestyę protez, zdolność do pracy i zarobkowania, wybór zawodu i t. p.

Praca ta w obecnej chwili dla każdego lekarza jest bardzo cenną i pouczającą. Klęsk.

Hezel, Marburg, Vogt, Weygandt: **Die Kriegsbeschädigungen des Nervensystems.** Wiessbaden. Bergmann.

Wspomniani wyżej autorzy omawiają szczegółowo uszkodzenia wojenne nerwów obwodowych (Hezel), mózgu i rdzenia (Marburg), nerwice wojenne (Vogt), jakoteż choroby umysłowe (Weygandt). Praca oparta na bogatem doświadczeniu obecnej wojny, uwzględnia zarazem najnowsze postępy lecznicze. Klęsk.

**I. Sprawozdanie Dyrekcyi gimn. realn. w Strzyżowie za rok szkolny 1916/17.** W nadesłanym nam sprawozdaniu z prawdziwą radością wyczytaliśmy, że gimnazyum to, walczące ciężko o swój byt, pod względem fizycznego wychowania młodzieży zaliczyć należy do pierwszych zakładów naszego kraju. Dość powiedzieć, że wprowadzono tam naukę na wolnem powietrzu, na wzór klas Morrisa, boiska do zabaw, gimnastyki i gier, ogrodnictwo i pogadanki z zakresu higieny. Uczniów bada i gorąco zajmuje się nimi kol. Dr Biliński. O każdym uczniu prowadzona jest karta w t. zw. Księdze pomiarów i rozwoju sił fizycznych. Prócz tego zakład posiada czytelnię i introligatornię, a uczniowie pod okiem prof. Danielskiego na wycieczkach zbierają i suszą zioła lecznicze. Osoby trzymające uczniów zakładu na stancyi otrzymują z dyrekcyi osobny do tego regulamin, uwzględniający higienę domową ucznia.

Zakładowi tak pożytecznemu, który mimo przebytej inwazyi wprowadza w życie ideały higieny szkolnej, życzyć musimy nadal z serca dalszego powodzenia. Klęsk.

# Sprawy Towarzystw naukowych.

## Towarzystwo lekarskie krakowskie.

### Posiedzenie d. 28. III. 1917.

Przewodniczy prezes kol. Ciechanowski, obecnych członków 30.

Po odczytaniu protokółów z dnia 14. i 21. marca przyjęto na członka kolegę Adama Jakubowskiego.

1) Kol. Wysocki przedstawił przypadek **posocznicy** wywołanej przez **ziarenkowca czworaczego** (micrococcus tetragenes). Schorzenie dotyczy kobiety 22-letniej, zamężnej. Ostatni poród przed $2^1/_2$ laty. Początek cierpienia nagły, przed 4 miesiącami, wśród dreszczów powtarzających się 2 razy dziennie, gorączki silnie zwalniającej, tętna 128—132, wymiotów. Badanie przedmiotowe poza nieznacznem powiększeniem śledziony, nieznaczną liczbą świstów i furczeń w oskrzelach, leukocytozą dochodzącą do 9.000, żadnych innych zmian nie wykazało. Badanie natomiast krwi, przeprowadzone 2 razy przez prof. Nitscha, wykazało czystą hodowlę ziarenkowca czworaczego. Następnie omawia kol. Wysocki nieliczne znane dotąd przypadki schorzeń, wywołanych przez tego mikroba, a opisame w literaturze, i dzieli przebieg kliniczny chorób wywołanych przez tego mikroba na dwie zasadnicze części, a mianowicie na cierpienie lokalne, sadowiące się zazwyczaj w okolicy twarzowoszyjnej i na schorzenia ogólne, przebiegające jużto pod postacią posocznicoropnicy, jużto czystej posocznicy. Zaznacza również, że przypadki te bardzo opierają się leczeniu, a w klinice stosuje się obecnie wstrzykiwania śródżylne srebrowego błękitu metyl. (metylenblausilber), z wynikiem na razie wątpliwym. Otrzymano wprawdzie spadki ciepłoty, lecz po kilku dniach, wśród dreszczów, ciepłota się podwyższyła do 38·5, wobec czego wyraża W. przypuszcze-

nie, że trzeba się będzie uciec do innych metod leczenia, a mianowicie do wstrzykiwania podskórnego szczepionki, uzyskanej z hodowli tego mikroba. (Streszczenie własne).

2) Kol. prof. Kader przedstawia a) chorego, który od dzieciństwa cierpiał na ropienie w lewem uchu, i z tego powodu z rozpoznaniem »otitis media chron.« dostał się do kliniki chirurgicznej. Obok ropotoku i gorączki miał chory znaczny obrzęk w okolicy wyrostka sutkowego, bolesność karku i szyi po stronie lewej. Zabieg operacyjny nie wykazał żadnych zmian w komórkach sutkowych, a w uchu środkowem zaledwie tylko obrzęk błony śluzowej, pokrytej lekkim nalotem ropnym. Kosteczki w uchu pozostawiono na miejscu, a dalsze posukiwania stwierdziły obecność **ropnia wewnątrzczaszkowego** powyżej zatoki poprzecznej, ponad wyrostkiem sutkowym. Ropień ten wytamponowano. Po operacyi chory początkowo miał się dobrze; po 23 dniach wystąpiły wymioty i częściowe porażenie n. okoruchowego z podwójnem widzeniem na prawem oku (diplopia monocularis dextra) i prócz tego podwójnem widzeniem obuocznem; razem zatem miał chory potrójne widzenie (triplopia binocularis), t. zn. patrząc obuocznie widział zamiast jednego przedmiotu trzy, patrząc prawem okiem widział każdy przedmiot podwójnie. Prawostronne widzenie podwójne ustąpiło po 4 dniach trwania. Stan ten odnosi K. raczej do rozwijającego się zapalenia opon na podstawie mózgu, niż do obecności drugiego ropnia. W każdym razie uważa za wskazane jeszcze raz chorego operować i przekonać się, czy niema nowego ropnia. (Uwaga: Chorego operowano dnia następnego i ropnia nie znaleziono. Po 2 dniach chory umarł, a sekcya wykazała zapalenie opon na podstawie mózgu ropienie w komórkach mózgowych oraz zakrzep zatoki esowatej).

b) Chorego **z aneurysma arteriovenosum arteriae femoralis dextrae** po ranie postrzałowej.

c) chorego z **zagojoną raną postrzałową prącia**, po odstrzeleniu lewej połowy prącia, które całą długością przyrosło do lewego uda. Cewka moczowa uchodzi na udzie. Chory leczony był w Wiedniu, obecnie będzie poddany operacyi plastycznej.

W dyskusyi przemawiał kol. prof. Majewski: W przypadku pierwszym badanie okulistyczne wykazało, oprócz porażenia prawego nerwu okoruchowego (bez zajęcia źrenicy i akomodacyi), widzenie podwójne jednooczne (diplopia monocularis) na temże oku prawem. Przez zesumowanie tego dwuwidzenia jednoocznego z dwuwidzeniem obuocznem, zależnem od zeza poraźnego, powstaje widzenie potrójne, tak, że chory widzi jeden palec jako trzy palce, 2 palce jako 6, 5 jako 15. Objaw ten wystąpił równocześnie z porażeniem mięśni oka prawego w trzy tygodnie po operacyi, a ustąpił dzisiaj rano. — Diplopia binocularis paralytica jest zjawiskiem zwyczajnem i nie potrzebuje wyjaśnienia. Natomiast diplopia monocularis zasługuje na bliższe omówienie. Rozróżniamy dwa rodzaje dwuwidzenia jednoocznego, zależnie od tego, czy powstaje ono wskutek optycznych zmian w samem oku (niezborność rogówki lub soczewki, aberracya sferyczna, diplocoria, iridodialysis, nadwichnięcie soczewki, cataracta incipiens), czy też istnieje pomimo braku wszelkiej optycznej przyczyny, jak właśnie ma się rzecz u naszego chorego. W pierwszym przypadku powstają na siatkówce 2 obrazy jednego przedmiotu i jest zupełnie zrozumiałe, że każdy z nich z osobna zostaje uświadomiony. W drugim przypadku powstaje niewątpliwie jeden tylko obraz na siatkówce i nie łatwo jest wytłómaczyć, jakim sposobem może on być odczuty podwójnie. O ile mi wiadomo, neuropatologia nie zna analogii podobnego rozwidlenia jednej podniety na dwa równoczesne wrażenia. W histeryi zdarza się nierzadko diplopia, a nawet polyopia monocularis, ale nie podano dotychczas przekonywającego objaśnienia tego objawu. Ze strony okulistycznej zrobiono dotychczas jedną tylko próbę wytłómaczenia genezy dwuwidzenia jednoocznego, istniejącego bez wykazalnej podstawy optycznej (Bielschowski). W niektórych przypadkach zeza towarzyszącego, gdzie nie doszło do zupełnego zaniku widzenia dwuocznego, okolica siatkówki oka zezującego, odpowiadająca plamce żółtej oka zdrowego, nabiera z czasem pewnych własności plamki żółtej, staje się mianowicie punktem wyjścia nowego w tem oku systemu projekcyi obrazków siatkówkowych. Gdy potem zezujące oko czyto wskutek operacyi zeza odzyska prawidłowe ustawienie, czy też wskutek przypadkowej utraty drugiego oka z konieczności stanie się okiem kierującem, wtedy dawna plamka żółta wraca do swoich praw, ale nowa plamka żółta (pseudofovea) swych uzurpowanych praw nie zrzeka się odrazu. Skutkiem tego istnieją w takiem oku równocześnie dwa systemy projekcyi obrazków siatkówkowych i tem się tłómaczy, że jeden obraz, odpowiadający jednemu przedmiotowi, widziany jest w dwóch miejscach pola projekcyjnego, a tem samem widziany jest podwójnie. Tej jedynej hipotezy nie można jednak zastosować do wytłómaczenia dzisiejszego naszego przypadku, a to z trzech powodów: po pierwsze równocześnie z zezem poraźnym wystąpiło zupełne opadnięcie powieki tak, że rzekoma plamka żółta (pseudofovea) nie mogła się wogóle wytworzyć; powtóre nawet w najlepszych warunkach na wytworzenie takiej plamki żółtej rzekomej potrzeba niewątpliwie znacznie dłuższego czasu, a po trzecie, gdyby nawet przypuścić taką przyczynę dwuwidzenia jednoocznego prawego oka w naszym przypadku, to pozostanie niezrozumiałem, dlaczego po uniesieniu porażonej powieki powstaje widzenie potrójne, w takim przypadku bowiem pseudofovea oka prawego i fovea vera oka lewego musiałyby być miejscami siatkówek, odpowiadającemi sobie i obrazki w tych miejscach leżące powinnyby się zlewać w jedno wrażenie. Obok jednoocznego dwuwidzenia istniałoby zatem także obuoczne dwuwidzenie. Ponieważ tak nie jest, przypadek nasz pozostaje nadal zagadką trudną do rozwiązania. (Streszczenie własne).

3) Kol. Kleczkowski wygłosił wykład p. t. **Nowy sposób badania adaptacyi siatkówki i hemeralopii** (z demonstracyą własnego przyrządu). (Wykład w całości będzie ogłoszony drukiem).

W dyskusyi zabrał głos kol. prof. Majewski: Pozwolę sobie głównie dla tych kolegów, którzy nie zajmują się okulistyką i nie mają tych metod badania w codziennem użyciu, podkreślić w kilku punktach to, co przedstawia »novum« w badaniach Dr Kleczkowskiego. Już sama metoda Bjerruma, która stanowi kanwę dla tych badań, jest znakomitem udoskonaleniem perymetryi klinicznej, ponieważ pozwala przedstawić drobne nawet szczegóły pola widzenia w znacznie powiększonej skali. Należy sobie jednak zdać sprawę z tego, że podobnie, jak pod mikroskopem, tak i tu, im silniejsze jest powiększenie, tem mniejszą część całości obejmuje przedstawiony obraz. To też obrazy, które Dr Kleczkowski rzucał tu dziś na ekran, odnoszą się tylko do bardzo małej, środkowej, co prawda najważniejszej, okolicy pola widzenia. Obwodowych części pola nie można zdejmować zapomocą płaskiej tablicy, gdyż rzuty skośne na płaszczyznę zmieniają kształt granic i ubytków. Tak n. p. ubytek okrągły przedstawi się jako mniej lub więcej wydłużona elipsa. Trzebaby rozporządzać olbrzymią wklęsłą półkulą, aby módz uzyskać wierne zdjęcia całego pola widzenia w tej skali, jaką daje tablica Bjerruma dla środkowej cząstki pola. — Kol. Kleczkowski w swych badaniach zajął się w pierwszym rzędzie adaptacyą, a zatem i hemeralopią, która w swej istocie polega na upośledzeniu lub na braku adaptacyi. Gdy dawniej badano zapomocą różnych przyrządów adaptacyę siatkówki »in toto«, to obecnie dzięki metodzie, opracowanej przez prelegenta, możemy zachowanie się tej adaptacyi i jej sprawność badać okolicami, od miejsca do miejsca i uzyskiwać rodzaj karty geograficznej, mapy adaptacyjnej środkowej okolicy pola widzenia. To, że schematy perymetryczne Kleczkowskiego zdejmowane są stale na szczycie adaptacyi, stanowi, mojem zdaniem, główną zaletę nowej metody. Niema nic bardziej zmiennego, nic bardziej ruchliwego, jak stan przystosowania się siatkówki do kaprysów światła dziennego lub oświetlenia sztucznego. Im jaśniejsze światło, tem mniej wrażliwą staje się siatkówka, im oświetlenie słabsze, tem bardziej wzrasta jej wrażliwość, a dochodzi do szczytu po dłuższem pogrążeniu w zupełnej ciemności. Jeżeli wystarczy zasunąć firanki w oknie, ażeby w przypadku oderwania siatkówki otrzymać przy badaniu perymetrem we dnie — zupełnie inne granice pola widzenia, to widocznem jest, że zdjęcia, wykonywane wśród nieustannych wahań wrażliwości oka, nie mogą dawać prawdziwej miary. Dopiero, gdy w zupełnej ciemności doprowadzimy wrażliwość siatkówki do maximum, które ma dla danego oka pewną wartość stałą i gdy w tym stanie dokonywamy zdjęcia perymetrycznego, to możemy być pewni zawsze stałych i zgodnych wyników. Ponieważ więc badania fotoperymetryczne Kleczkowskiego opierają się na takim pewnym i twardym gruncie, to też dane, jakich jego metoda dostarcza, mogą nabrać w dyagnostyce chorób siatkówki niepośledniego znaczenia. (Streszczenie własne).

4) Kol. Engländer przedstawia przypadek **przepukliny brzusznej u płodu** zmacerowanego **4-miesięcznego** i omawia powstawanie tej anomalii, jakoteż i leczenie tego cierpienia u noworodków. Leczenie może być jużto zachowawcze, jużto operacyjne, szczególnie przy przepuklinach większych. Prelegent zwraca uwagę na rzadkość występowania tego zboczenia (1:5000 porodów) u płodów donoszonych, tem rzadsze u płodów poronionych. Na koniec przytacza z piśmiennictwa przypadek pęknięcia

przepukliny pępowinowej wśród porodu u płodu żywego donoszonego. (Streszczenie własne).

W dyskusyi nad przypadkiem **makromastyi**, przedstawionej przez prof. Rosnera (14. III. b. r.) zabierali głos: a) kol. Wojciechowski: Nasuwa się myśl, czy nie dałoby się stwierdzić związku między zachowaniem się jajników, a przerostem sutka. Jeżeli tak, to możnaby próbować przez naświetlanie jajników uzyskać pewną poprawę, co szczególnie u młodych byłoby na miejscu. Podwiązanie wszystkich naczyń sutkowych jest z jednej strony technicznie trudne, z drugiej strony wynik jest niepewny (analogia do podwiązania naczyń macicy sposobem Rydygiera przy włókniakach macicy). Przy ewentualnej amputacyi sutka należałoby uwzględnić efekt kosmetyczny przez zastosowanie odpowiedniej plastyki, celem wytworzenia małego sutka. (Streszczenie własne). — b) Kol. Engländer spostrzegał podobny przypadek, w którym badanie histologiczne wykazało czysty przerost. Z faktu, że jego chora mimo makromastyi rodziła, wnosi, że zmian macicy ani jajników nie było. — c) Kol. prof. Kader: Trzeba odróżnić czysty przerost sutka od powiększania się sutka wskutek rozwoju tkanki nowotworowej. W pierwszym przypadku powiększanie sutka odbywa się zupełnie symetrycznie, wskutek czego brodawka nie zostaje przesunięta, w drugim razie wskutek zazwyczaj niesymetrycznego rozwoju nowotworu brodawka zostaje przesunięta.

Zast. sekr. Dr K. Michejda.

**Posiedzenie d. 4. VI. 1917.**

Przewodniczy prezes kol. Ciechanowski, obecnych członków 15.

Przewodniczący wita obecnego na sali gościa docenta Uniwersytetu praskiego Dr Imhofera i odczytuje następnie pismo Dr Józefa Dury z Krzeszowic z podziękowaniem za życzenia, przesłane mu przez Towarzystwo z powodu czterdziestolecia służby lekarskiej. Po odczytaniu i przyjęciu protokółu z posiedzenia z dnia 28. marca wygłosił

kol. Spira wykład pod tyt.: **Choroby uszne a służba wojskowa.** (Wykład w całości będzie ogłoszony drukiem w »Przeglądzie lekarskim«).

## Wiadomości bieżące.

**Kraków.** Szkołę dla leczenia wad mowy, dalej szkołę dla jednoręcznych, jakoteż naukę pisania lewą ręką u prawostronnie porażonych, założył w szpitalu rezerwowym c. k. szkoły inwalidów kol. Dr Klęsk. Mamy nadzieję, że kol. Klęsk podzieli się z nami swemi cennemi spostrzeżeniami na tem polu. Dodać tu musimy, że szkoła do leczenia mowy wprowadzoną została w Krakowie pierwsza, a po niej dopiero założono ją w Wiedniu i w innych miastach.

**Choroby zakaźne w Krakowie.** Od 15. VII. do 21. VII. 1917 stwierdzono wśród ludności cywilnej: płonicy 2 † — (zamiejscowych 1 † —) przypadków, błonicy 1 (—), duru brzusznego — (1), czerwonki 14 † 1 (2), cholera infantym 10 † 10, jaglica 1, wodowstręt — (1 † 1), róża († 1), kiła 1 † 1 (1 † 1).

Doc. Dr Janiszewski.

**Zmarli:** Teodor Kocher, profesor chirurgii, w 76 r. ż. w Bernie szwajcarskiem.

**Redakcya otrzymała:** Pilzer: Ueber Skabies (Krätze) und deren Behandlung mit Erdöl (Rohöl) Kleczany (odb. W. kl. W.).

Odpowiedzialny redaktor:
**Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

## KONKURS.

L. 521/17.

Z dniem 15 sierpnia 1917 r. nadaną zostanie posada prowizorycznego

LEKARZA

Kasy brackiej Gal. Akc. Zakładów górniczych w Sierszy. Warunki przyjęcia i pobory służbowe zostaną podane ustnie lub piśmiennie.

Kandydatów (Doktorów wszech nauk lekarskich) zaprasza się niniejszem do przedłożenia do dnia 1. sierpnia 1917 r. na ręce przewodniczącego Zarządu Kasy brackiej nieostęplowanych podań, zaopatrzonych w następujące allegaty:

1. odpis dyplomu lekarskiego;
2. metryka chrztu;
3. życiorys;
4. świadectwa z odbytej praktyki, a w szczególności praktyki chirurgicznej i ginekologicznej.

W podaniu podać należy termin, w którym nastąpić może objęcie posady. 298

Siersza, dnia 15 lipca 1917.

KASA BRACKA
Galic. Akc. Zakładów Górniczych
w SIERSZY.

*Schimitzek* m. p.
Przewodniczący Zarządu Kasy brackiej.





Treść:





Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.